

東プラ健診クリニックで受診する場合、専用申込書(健診-1)に記入し、予約センターに提出してください。
 契約機関以外で受診する場合、被保険者の事業所経由で提出してください。

必要な範囲での個人情報の提供について同意のうえ申込みます。

平成 年 月 日

保険証 記号	事業所名	工場・ 支店名
所在地	〒	電話番号
		担当者名
▼上記と連絡先が別の場合(工場・支店等)は下記に連絡先を記入してください。		
所在地	〒	電話番号
		担当者名
契約区分	1.東振協 契約機関	2.組合直接契約機関
		3.契約外機関 (補助金請求)
実施 機関名	コード(5桁) ※直接契約はコード不要	名称
健診区分 [コース]	1.定期健診 [東振協A1コース]	2.生活習慣病検査 [東振協Bコース]
		3.人間ドック

健診区分(コース)ごと、保険証番号順にご記入ください。

保険証 記号	番号	フリガナ 受診者名	性別	続柄	生年月日	健診予定日	備考
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			
			1.男	1.本人	昭和 平成 年 月 日	月 日()	
			2.女	2.家族			

※裏面の注意事項も必ずお読みください。

「 健保組合受付印 」

● 注 意 事 項 ●

- ・ 実施機関別、健診区分(コース)別に作成し、楷書ではっきりとご記入ください。
 - ・ 健診日の2週間前までに健保組合保健事業課に提出してください。受診前に申込書の提出がない場合は全額自費となる場合があります。
 - ・ 受診者数が多い場合は、この申込書を表紙として事業所が作成した名簿を添付しても差し支えありませんが、保険証番号順にして、健診申込に不必要な情報(事業所独自の社員番号・役職等)は記載しないでください。
 - ・ オプション検査(子宮・乳房検査は35歳以上の女性のみ)、自己負担金の支払い方法等は、受診前に実施機関に申し出てください。
 - ・ 「進興会 東プラ健診クリニック」(東プラ健保会館2階)で受診される場合は専用申込書(健診-1)にご記入ください。
 - ・ 「進興クリニック」巡回車を希望される場合は予約申込書(健診-2)・受診者名簿(健診-3)にご記入ください。
- ◎ 対象年齢は年度末(平成31年3月31日)時点の年齢です。
1. 定期健診 [東振協A1コース]
35歳未満(昭和59年4月1日以降に生まれた方)の被保険者
※血液検査・心電図等の追加された検査の料金は実施機関にお問い合わせください。
 2. 生活習慣病検査 [東振協Bコース]
35歳以上(昭和59年3月31日以前に生まれた方)の被保険者・被扶養者
 3. 人間ドック
35歳以上(昭和59年3月31日以前に生まれた方)の被保険者・被扶養者(配偶者のみ)
※配偶者とは、被保険者からみた続柄が「夫」「妻」の方。
- ◎ 次に該当される方は、当健保組合の補助はございません。(全額自費)
- ・ 健診日に当健保組合の資格がない方。
 - ・ 35歳以上の方が定期健診(血液検査等未実施)を受診した方。
 - ・ 年度内(4月から翌年3月まで)2回目以降の健診。
- ※年度内に異なる健診コースを複数受診した場合も2回目以降は全額自費です。

■ 被保険者(35歳未満)の法定健診について

契約機関で受診する場合は、「定期健診(A1コース)」を申込していただき、必要に応じて血液検査・心電図等を追加してください。追加費用は契約機関にお問い合わせください。

労働安全衛生規則第44条第2項による血糖・貧血検査、心電図等の省略は、個々の労働者ごとに医師が省略が可能であると認める場合においてのみ可能であるとされています。雇入時は、同規則第43条により原則として省略はできません。

同規則の詳細は、最寄りの都道府県労働局又は労働基準監督署までお問い合わせください。